

Colgajo cervicofacial tipo mustardé. Revisión de la literatura y a propósito de un caso. Instituto de Previsión Social

Mustardé cervicofacial flap. Literature review and case report. Instituto de Previsión Social

Eladio Marcelo Samudio Scavone* , Rafael Ramón Monzón Cardozo** , Michelle Natascha Feltes Escurra*** , Pablo Enrique Schaerer Elizeche*

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay

RESUMEN

El carcinoma basocelular de cabeza y cuello, siendo el tumor de piel más frecuente a nivel nacional y mundial, representa un verdadero desafío para los cirujanos reconstructivos. Debido a la pandemia del COVID-19 muchos centros de referencia nacional se vieron afectados por el sinnúmero de pacientes respiratorios, debilitando a veces sectores muy importantes de la salud. Las metástasis son extremadamente raras y se presentan en subtipos más agresivos como el morfeiforme. El tratamiento quirúrgico sigue siendo la primera opción, pero la radioterapia e inhibidores de PD-1 constituyen igualmente una opción en ciertos casos.

Palabras claves: Carcinoma basocelular, colgajos, metástasis.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma of the head and neck represents the most common skin tumor nationally and worldwide, poses a real challenge for reconstructive surgeons. Due to the COVID-19 pandemic, many hospital facilities were affected by the countless respiratory patients, sometimes weakening important sectors of healthcare. Metastases are extremely rare and occur in more aggressive subtypes such as morpheiform. Surgical treatment remains the first choice, but radiotherapy and PD-1 inhibitors are also an option in certain cases.

Key words: Basal cell carcinoma, flaps, metastases.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular se posiciona como el cancer de piel mas frecuente. Siendo las mujeres entre 70 – 80 años con alta exposición solar como factores de riesgo principales, además las duchas solares, la exposición crónica al arsénico, fenotipo de piel clara cuentan como otros factores de riesgo.⁽¹⁾

Las alternativas de tratamiento se podrían clasificar en los (CBC) de recurrencia frecuente y poco frecuente.⁽²⁾

Tabla 1. Clasificación de las zonas de recurrencia en el carcinoma basocelular

| | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Zonas de alto riesgo de recurrencia | Orejas, región periorbitaria, párpados, cejas, nariz, ángulo de la mandíbula |
| Zonas de baja recurrencia | Mejillas, frente, mentón, labio inferior, cuello |

También entrarían dentro de la clasificación de alta recurrencia, los tumores que han sido tratados previamente con radioterapia o con invasión peri neural. Cuando la cirugía no es posible realizar debido al avanzado estado, metástasis, o rechazo del paciente se podrían optar por radioterapias , inhibidores Hedgehog o Inhibidores de PD-1, según la guía S2K para carcinomas basocelulares.⁽³⁾

Los márgenes de seguridad sugeridos por las guías británicas de dermatología varían de acuerdo con el tamaño del tumor. Lesiones < 20 mm y bien definidas, se eliminarán en un 85 % de los casos con 3 mm de margen quirúrgico y 95% de los casos con 4 – 5 mm de margen de seguridad. Los tumores más grandes y de subtipo morfeiforme requieren hasta los 13 a 15 mm de seguridad. La tasa de recurrencia aproximada a los 5 años es del 2 al 8 %.⁽⁴⁾

Las metástasis son extremadamente raras con altas tasas de morbilidad y mortalidad, los casos con metástasis generalmente son de subtipos histológicos como (morfeiforme o infiltrativo) los casos metastásicos son asociados a invasión peri neural y sus metástasis llegan a los ganglios linfáticos, huesos, pulmones y piel.⁽⁵⁾

Cuando los carcinomas basocelulares alcanzan tamaños mayores tienden a ser un poco más agresivos e inclusive a querer desdiferenciarse a carcinomas escamocelulares.⁽⁶⁾

Este fenómeno, conocido tumores cutáneos de colisión, su ocurrencia en una misma zona es rara. Pero cuando dos tumores malignos se superponen, es común la concurrencia entre casos de carcinomas basocelulares y escamocelulares. Dos tumores con tratamiento totalmente diferentes.

En tumores cutáneos grandes con mucha superficie, es importante el diagnóstico certero y llevar en cuenta la concurrencia de estos tumores. Inclusive, cuando ya hemos obtenido un diagnóstico preoperatorio, es importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la biopsia inicial al tratamiento final.⁽⁶⁾

COLGAJO CERVICO FACIAL TIPO MUSTARDE

Los colgajos no microvasculares utilizados en cabeza cuello poseen beneficios en cuanto a estructura, textura y preservación del color típico de la zona. Además, de proveer la redistribución de las líneas de tensión cercanas al defecto.⁽⁷⁾

* Médico Especialista en Cirugía General, Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. marcesasca@gmail.com - Psher2025@hotmail.com

** Médico Especialista en Cirugía General. Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello, jefe del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello – Servicio de Cirugía General del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. monzonrafaelramon@gmail.com

*** Residente de Cirugía general, 1er Año. Columbia University - Harlem Hospital Center, New York. feltesmd@gmail.com

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Samudio

Correo electrónico: marcesasca@gmail.com - Dirección: Jacaranda casi Las Guindas s/n. San Lorenzo, Paraguay

Fecha de recepción: 25/09/2023 - Fecha de aprobación: 30/05/2024

Editor responsable: Helmut A. Segovia Lohse Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital General de Lambaré. Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

El colgajo de Mustardé, fue inicialmente diseñado para reparar el párpado inferior, mejillas e inclusive el ala nasal. Mediante dispersión de la tensión de los planos disminuye el ectropión y flacidez de la bolsa palpebral.⁽⁷⁾

El colgajo empieza con una incisión a lo largo del párpado inferior hasta el canto externo del ojo seguido por una incisión a lo largo de la región preauricular. En tumores de 3 – 4 cm o de espesor completo se puede extender la incisión a lo largo de la región cérvico-torácica dando mayor capacidad de avance y pudiendo cubrir un área más extensa.⁽⁷⁾

Al realizar la disección del colgajo es importante respetar los ramos terminales del nervio facial incluyendo el ramo mandibular.⁽⁷⁾ Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de tabaquismo, cicatrices de otra cirugía o radiaciones previas sabiendo que es un colgajo que percibe su irrigación únicamente por la arteria facial. Además de considerar el vello facial en hombres que podría tener resultados no muy estéticos.⁽⁷⁾

Colocando suturas de fijación específicas en la fascia del arco cigomático, en cercanías del arbotante cigomatomalar o en el pliegue subtarsal se previene el riesgo de ectropión, asegurando además que el vector de tensión de las otras suturas sea direccionado desde el área preauricular hacia la región de la mejilla contribuimos a la disminución de la tensión excesiva y desviación nasal.⁽⁷⁾

Varios autores concluyen que cuando tenemos un compromiso > 50 % de la unidad estética nasal, es mejor reemplazarlo de manera completa dejando las cicatrices por dentro de la elevaciones y depresiones propias antes que reconstruirlos por subunidades nasales.⁽⁷⁾

Las limitaciones del colgajo de Mustardé incluyen: vasculopatías, tabaquismo, cicatrices por radiaciones previas, y el pelo facial principalmente en hombres.⁽⁷⁾

El riesgo de ectropión siempre está presente, y aun más cuando el colgajo se hace más extenso. Obligando al cirujano reconstructivo estar familiarizado con las diversas técnicas y sus respectivas complicaciones.⁽⁷⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 63 años, procedente de Asunción, con historia de discapacidad intelectual grave portadora de un carcinoma basocelular diagnosticado mediante biopsia incisional 2 años atrás, y tratamiento postergado debido a la pandemia del COVID-19. Ingresa al hospital por lesión en región cutánea infraorbitaria sobreinfectada con miasis y celulitis peri orbitaria.

Refiere lesión proliferativa y ulcerativa en región geniana izquierda de 54 x 45 x 20 mm con sangrado espontáneo. Se auto-trató la lesión mediante infusiones caseras y vendajes que no llegaron a resultado favorables. Se realiza exéresis de larvas y tratamiento antibiótico pertinente programando cirugía.

Paciente sin otros antecedentes patológicos personales o familiares de relevancia, cuanta con elevado riesgo social debido a condición intelectual incapacitante para cuidado personal, por lo que se solicita apoyo del servicio social.

Al examen físico, se constató gran lesión de aspecto en coliflor de 50 x 40 x 20 mm ubicada en región de pómulo izquierdo con múltiples lobulaciones, superficie erosionada con múltiples focos de sangrado, ligeramente adherida a planos profundos. No involucraba el complejo orbitario ni tampoco el complejo nasal.

No se constataron adenomegalias en cuello ni otras lesiones de aspecto neoplásico.

TAC simple facial: En tercio medio facial, se observa una disolución de continuidad cutánea en región malar izquierda de aspecto ulceroso, infiltrando planos profundos sin aparente comprometimiento de la superficie ósea.

A pesar, de que la paciente acude con una biopsia certificando carcinoma basocelular, volvimos a realizar múltiples biopsias, asegurando el diagnóstico de dos años atrás. Teniendo en

cuanta la ocurrencia de tumores cutáneos de colisión.

Estadaje: T3N0M0 (American Joint Committee on Cancer – AJCC) 8th Edition, Staging for Nonmelanoma Skin Cancer.

Realizamos una escisión tumoral con márgenes de 1,5 centímetros. Tumor con infiltración hasta el plano muscular sin comprometimiento del plano óseo. Reconstrucción con colgajo cervicofacial Mustardé.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los trabajos publicados por Adonis et al, el uso de los colgajos libres en cabeza y cuello representan la alternativa más sensata en estos días, sin embargo, algunos factores a tener en cuenta como la experiencia y formación del cirujano o pacientes con enfermedades que elevan el puntaje del American Society of Anesthesiology pueden contraindicar su realización.⁽⁸⁾

Otros factores locales como radiaciones previas en la zona o enfermedades arterioscleróticas del cuello podrían interferir en su realización. En muchos centros hospitalarios de Paraguay, los colgajos de rotación o avance como el de Mustardé, representan una verdadera opción a la hora de reconstruir los defectos.⁽⁸⁾

Un estudio retrospectivo demostró que las reconstrucciones con colgajos no microvasculares presentan mayores satisfacciones entre pacientes, mejor coordinación del tejido, mejor tono y color de piel, además de proveer menores estancias hospitalarias comparados a las técnicas con reconstrucción microvasculares.⁽⁷⁾

El colgajo de Mustardé se inicia partiendo del borde superior del defecto abarcando cercanías del canto interno, extendiéndose por debajo del párpado inferior siguiendo por una línea superior y lateral al área temporal. Resulta de suma importancia la colocación de puntos de fijación en el área más prominente del pómulo disminuyendo así la tensión del colgajo y evitando el ectropión.⁽⁷⁾, con nuestra experiencia hemos comprobado que el colgajo cervicofacial tipo Mustardé puede ser utilizados para grandes defectos, específicamente de tejidos blando teniendo buenos resultados estéticos y funcionales.

Se reconoce que es un colgajo muy apto para poblaciones especialmente mayores o con algún tipo de comorbilidades severas como la malnutrición sanguínea, o como en este caso paciente con elevado riesgo social, que de otra manera no serían candidatos a cirugías microvasculares muy prolongadas y un post operatorio más agresivo.⁽⁹⁾

Es muy importante seguir los estándares de anatomía para preservar la armonía, el correcto anclaje del colgajo a la fascia del arco cigomático disminuye la tensión en el párpado inferior, se desaconseja la simple sutura de piel al colgajo con el fin de disminuir la tensión de los bordes, se recomienda suturas de fijación con poliglactina 4-0. Respetar la dirección de las líneas de tensión de la piel y la laxitud de la misma con cual se trabaja son fundamentales a la hora del resultado estético.⁽⁴⁾

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara poseer conflictos de intereses.

Cumplimiento de normas éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por parte del paciente para la presentación del caso.

Financiación

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Contribuciones de autoría

Los Dres. Rafael Monzón, Marcelo Samudio y Michelle Feltes concibieron la idea, trabajaron en la elaboración, interpretación, revisión y redacción del manuscrito. El Dr. Schaefer se encargó de la búsqueda bibliográfica.

REFERENCIAS

1. Fuenzalida Mery L, Villalobos Cabrera K, Miranda Palta R, Cabané Toledo P. Colgajo de Mustardé como tratamiento de un carcinoma basocelular. A propósito de un caso. *Rev Cir.* 2023;75(4). Disponible en: doi:10.35687/s2452-454920230041812 [Accessed 24 ago. 2024].
2. Seidl-Philipp M, Frischhut N, Höllweger N, Schmuth M, Nguyen VA. Known and new facts on basal cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021 Jul;19(7):1021-1041. doi: 10.1111/ddg.14580. PMID: 34288482; PMCID: PMC8361778.
3. Lang BM, Balermipas P, Bauer A, Blum A, Brölsch GF, Dirschka T, Follmann M, Frank J, Frerich B, Fritz K, Hauschild A, Heindl LM, Howaldt HP, Ihrler S, Kakkassery V, Klumpp B, Krause-Bergmann A, Löser C, Meissner M, Sachse MM, Schlaak M, Schön MP, Tischendorf L, Tronnier M, Vordermark D, Welzel J, Weichenthal M, Wiegand S, Kaufmann R, Grabbe S. S2k Guidelines for Cutaneous Basal Cell Carcinoma - Part 2: Treatment, Prevention and Follow-up. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019 Feb;17(2):214-230. doi: 10.1111/ddg.13755. PMID: 30762963.
4. Peris K, Fargnoli MC, Garbe C, Kaufmann R, Bastholt L, Seguin NB, Bataille V, Marmol VD, Dummer R, Harwood CA, Hauschild A, Höller C, Haedersdal M, Malvey J, Middleton MR, Morton CA, Nagore E, Stratigos AJ, Szeimies RM, Tagliaferri L, Trakatelli M, Zalaudek I, Eggermont A, Grob JJ; European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. *Eur J Cancer.* 2019 Sep;118:10-34. doi: 10.1016/j.ejca.2019.06.003. Epub 2019 Jul 6. PMID: 31288208.
5. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mohs FE, Larson PO, Hruza GJ. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1991 May;24(5 Pt 1):715-9. doi: 10.1016/0190-9622(91)70108-e. PMID: 1869642.
6. Lee IS, Hong IP, Lee HK. Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in a single tumor in the anterior auricular area. *Arch Craniofac Surg.* 2020 Aug;21(4):257-260. doi: 10.7181/acfs.2020.00262. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32867417; PMCID: PMC7463126.
7. Patel SB, Buttars BR, Roy DB. Mustardé flap for primary nasal sidewall defect post-Mohs micrographic surgery. *JAAD Case Rep.* 2022 Apr 1;23:151-154. doi: 10.1016/j.jdc.2022.03.014. PMID: 35509498; PMCID: PMC9058563.
8. Ramírez-Cuellar AT, Sánchez-Jiménez W, Latorre-Quintana M. Colgajo submentoniano en la reconstrucción de cabeza y cuello. *Rev Colomb Cir* 2022, 37, 580-587. [citado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1872>
9. Behan FC, Rozen WM, Wilson J, Kapila S, Sizeland A, Findlay MW. The cervico-submental keystone island flap for locoregional head and neck reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2013 Jan;66(1):23-8. doi: 10.1016/j.bjps.2012.08.027. Epub 2012 Sep 11. PMID: 22974756.